



Erstkontakt Fragebogen

Patient/in _____ Geburtsdatum _____

Datum _____ Geschlecht _____

Familienanamnese	
Beziehungsstatus der leiblichen Eltern	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> zusammenlebend <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> wiederverheiratet
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> Mutter alleine <input type="checkbox"/> Vater alleine <input type="checkbox"/> Vormund
Geschwisterposition	
Erkrankungen in der Familie	
Beziehungen innerhalb der Familie	(Stief-)Mutter:
	(Stief-)Vater:
	(Stief-)Geschwister:
Migrationshintergrund/ Nationalität	

Aktuelle Lebenssituation	
Wohnsituation (Wer wohnt mit im Haushalt? Schlafsituation?)	
Familiäre Belastungen	
Besonderheiten bei getrennt-lebenden Eltern	
Gibt es zusätzliche Unterstützung?	





Gemeinschaftspraxis Hartmann & Fiebig

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutische Praxis (VT)
- systemische Familientherapie - Supervision

Symptomanamnese	
Was ist das Problem aus Ihrer/Deiner Sicht?	Eltern:
	Kind / Jugendliche/r:
Wann hat das Problem angefangen? Wie ist es aufgefallen?	
Belastungen/ Traumatisierungen	<input type="checkbox"/> frühkindliches Trennungserlebnis <input type="checkbox"/> Fremdunterbringung <input type="checkbox"/> Unfälle <input type="checkbox"/> Verlust einer wichtigen Bezugsperson <input type="checkbox"/> anderes
Vorbehandlungen/ Fördermaßnahmen	<input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> amb. Psychiatrische Behandlung <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Sonstiges
Aktuelle Medikation	Wirkstoff/Dosierung: seit: verordnet von:
Besonderheiten	

Gesundheitsanamnese	
Allergien/ Chronische Krankheiten	
Unfälle, Operationen	
Bisherige Medikamentöse Behandlung	
Besonderheiten	





Säuglingsphase	
Regulation / Temperament (Schreikind o. Ä.?)	
Bindung / externe Betreuung durch	
Auffälligkeiten	

Meilensteine der Entwicklung	
Motorik	<input type="checkbox"/> zeitgerecht <input type="checkbox"/> verzögert <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten:
Sprache / Sprechen	<input type="checkbox"/> zeitgerecht <input type="checkbox"/> verzögert <input type="checkbox"/> Muttersprache <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten:
Sauberkeit	<input type="checkbox"/> zeitgerecht <input type="checkbox"/> verzögert <input type="checkbox"/> nicht abgeschlossen <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten:
Temperament/ Trotzphase	

Krippe/Tagesmutter	
Besuch von/bis	
Trennungsangst?	<input type="checkbox"/> leicht eingewöhnt <input type="checkbox"/> trennungsängstlich
Beschäftigungs- vorlieben	
Verhaltens- auffälligkeiten	





Kindergarten	
Eintrittsalter (von/bis)	
Trennungsangst?	<input type="checkbox"/> leicht eingewöhnt <input type="checkbox"/> trennungsängstlich
Spielvorlieben	
Verhaltens- auffälligkeiten	
Wechsel der Betreu- ungseinrichtung	

Schule	
Eintrittsalter	<input type="checkbox"/> zeitgerecht <input type="checkbox"/> zurückgestellt <input type="checkbox"/> Besuch einer Grundschule <input type="checkbox"/> Besuch einer Vorschule
Verhalten im Übergang	
Lernverhalten / Belastungsfähigkeit	
Klassen- wiederholungen	
Klassen- /Schulwechsel	
Aktuelle Klasse, Schulform	<input type="checkbox"/> Grundschule <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Werkrealschule/Gemeinschaftsschule <input type="checkbox"/> Gesamtschule <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Berufsschule
Schulleistungen	
Fehlstunden im laufenden Schuljahr	
Höchster Schul-/ Bildungsabschluss	





Anmerkungen	
--------------------	--

Beziehungs- und Sozialkontakte	
Freunde/Kontakte/ Beziehung	
Integration in die Gleichaltrigen-Gruppe	
Beziehungsgestaltung mit Erwachsenen (Eltern, Lehrer, andere)	
Anmerkungen/ Besonderheiten	

Interessen/Hobbies/Aktivitäten/Ressourcen

Was schätzen Sie an Ihrem Kind?

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zum Erstgespräch mitbringen.

